



Sr. Amilivia González, Presidente

Sr. Estella Hoyos, Consejero

Sr. Fernández Costales, Consejero y  
Ponente

Sr. Pérez Solano, Consejero

Sr. Madrid López, Consejero

Sr. Nalda García, Consejero

Sr. Sobrini Lacruz, Secretario

La Sección Segunda del Consejo Consultivo de Castilla y León, reunida en Zamora el día 11 de diciembre de 2008, ha examinado el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por D. xxxxx*, y a la vista del mismo y tal como corresponde a sus competencias, emite, por unanimidad, el siguiente

## DICTAMEN

### I

#### ANTECEDENTES DE HECHO

El día 21 de octubre de 2008, tuvo entrada en este Consejo Consultivo la solicitud de dictamen preceptivo sobre el *expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a éste en el Hospital hhhh1 de xxxx1*.

Examinada la solicitud y admitida a trámite con fecha 28 de octubre de 2008, se procedió a darle entrada en el registro específico de expedientes del Consejo con el número de referencia 950/2008, iniciándose el cómputo del plazo para la emisión del dictamen, previa ampliación de éste, tal como dispone el artículo 53 del Reglamento Orgánico del Consejo Consultivo, aprobado por Decreto 102/2003, de 11 de septiembre. Turnado por el Sr. Presidente del Consejo, correspondió su ponencia al Consejero Sr. Fernández Costales.

**Primero.-** El 31 de marzo de 2006, Dña. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, presenta una reclamación de responsabilidad patrimonial por la pérdida de agudeza visual que sufre en su ojo izquierdo, que achaca a la demora en ser intervenido del desprendimiento de retina que



padecía, a la mala praxis empleada en dicha operación (lo que ocasionó un nuevo desprendimiento de retina) y a la falta de diligencia en el control y tratamiento posterior en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

Manifiesta que, ante la desidia de los facultativos que le atendían, acudió a un centro oftalmológico privado (Instituto xxxx de Oftalmología), en el que se le practicó una "vitrectomía posterior con intercambio de aceite de silicona", tras lo cual se consiguió una reapiación retiniana completa en su ojo izquierdo, en el que, sin embargo, prácticamente ha perdido la agudeza visual, pues resta solamente un 0,04.

Reclama como indemnización la cantidad de 52.817,00 euros.

Adjunta a su reclamación copia del apoderamiento otorgado a la compareciente para actuar en el procedimiento, y de varios informes del Instituto Salmantino de Oftalmología y del Hospital hhhh1 de xxxx1.

**Segundo.-** Obra en el expediente la historia clínica del paciente del Hospital hhhh1 de xxxx1, un informe de la médico adjunto del Servicio de Oftalmología, fechado el 16 de mayo de 2006 (folio 137 de la historia clínica), un informe de la Inspección Médica, de 29 de septiembre de 2006, y un dictamen médico realizado a instancia de la compañía aseguradora de la Administración, de fecha 16 de noviembre de 2006 (en adelante, dictamen médico).

**Tercero.-** Mediante escrito de fecha 5 de enero de 2005, se concede trámite de audiencia a la parte reclamante, a efectos de que formule alegaciones y presente los documentos y justificaciones que estime oportunos; dentro del plazo concedido al efecto, presenta un escrito en el que, tras discrepar del contenido de los informes médicos emitidos por el facultativo actuante y por la Inspección Médica, reitera su pretensión indemnizatoria por entender que ha existido un considerable retraso y desidia en el tratamiento dispensado al paciente, lo que le obligó a acudir a la medicina privada.

**Cuarto.-** Con fecha 3 de septiembre de 2008, la Dirección General de Administración e Infraestructuras de la Gerencia Regional de Salud formula propuesta de orden desestimatoria de la reclamación interpuesta.



**Quinto.-** El 15 de septiembre de 2008, la Asesoría Jurídica de la Consejería de Sanidad informa favorablemente la propuesta de orden citada.

En tal estado de tramitación, se dispuso la remisión del expediente al Consejo Consultivo de Castilla y León para que emitiera dictamen.

## II CONSIDERACIONES JURÍDICAS

**1ª.-** El Consejo Consultivo de Castilla y León dictamina en el presente expediente, con carácter preceptivo, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.h), 1º de la Ley 1/2002, de 9 de abril, reguladora del Consejo Consultivo de Castilla y León, correspondiendo a la Sección Segunda emitir el dictamen según lo establecido en el punto 4º, regla B), apartado f), del Acuerdo de 30 de octubre de 2003, del Pleno del Consejo, por el que se determina el número, orden, composición y competencias de las Secciones.

**2ª.-** El procedimiento se ha instruido con arreglo a lo previsto en los artículos 139 a 144 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, desarrollados por el Reglamento de los procedimientos de las Administraciones Públicas en materia de responsabilidad patrimonial, aprobado por el Real Decreto 429/1993, de 26 de marzo.

No obstante, cabe poner de manifiesto el excesivo tiempo transcurrido desde que se presenta la reclamación (31 de marzo de 2006) hasta que se formula la propuesta de orden (3 de septiembre de 2008). En particular, llama la atención la inexplicable tardanza -más de un año y medio- en formular la propuesta de orden desde finalización del trámite de audiencia. Estas circunstancias necesariamente han de considerarse como una vulneración por parte de la Administración del artículo 12.b) del Estatuto de Autonomía de Castilla y León, que consagra el derecho de los ciudadanos a la resolución de los asuntos que les conciernan en un plazo razonable; e igualmente como una infracción de los principios y criterios que han de regir su actuación recogidos en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, como los de eficacia, celeridad, eficiencia y servicio a los ciudadanos, entre otros.



**3ª.-** Concurren en la parte reclamante los requisitos de capacidad y legitimación exigidos por la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. La competencia para resolver la presente reclamación corresponde al Consejero de Sanidad, en virtud de lo dispuesto en el artículo 82.2 de la Ley 3/2001, de 3 de julio, del Gobierno y de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.

La reclamación se ha interpuesto en tiempo hábil, de acuerdo con lo establecido en el artículo 142.5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre. Consta que se formuló el 31 de marzo de 2006, es decir, antes de transcurrir un año desde la última revisión realizada por este motivo (30 de noviembre de 2005).

**4ª.-** El artículo 106.2 de la Constitución establece que “los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos”.

La referencia constitucional a la ley debe entenderse hecha a los artículos 139 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, a la que además se remite el artículo 82.1 de la Ley 3/2001, de 3 de julio.

Conforme a la jurisprudencia del Tribunal Supremo, la reiterada doctrina del Consejo de Estado así como la de este Consejo Consultivo, la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública exige la concurrencia de los siguientes requisitos:

a) La existencia de un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizado en relación con una persona o grupo de personas.

b) El carácter antijurídico del daño, en el sentido de que la persona que lo sufre no tenga el deber jurídico de soportarlo, de acuerdo con la ley.

c) La imputabilidad a la Administración de la actividad dañosa, es decir, la integración del agente en el marco de la organización administrativa a la que pertenece o la titularidad pública del servicio o actividad en cuyo ámbito se produce el daño.



d) La relación de causa a efecto entre la actividad administrativa y el resultado dañoso, nexo causal que implica la necesidad de que el daño sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de un servicio público o actividad administrativa en relación directa e inmediata.

e) Ausencia de fuerza mayor.

f) Que no haya transcurrido un año desde el momento en que se produjo el hecho causante.

No obstante, la jurisprudencia ha venido modulando el carácter objetivo de la responsabilidad patrimonial al rechazar que la mera titularidad del servicio determine la responsabilidad de la Administración respecto de cualquier consecuencia lesiva relacionada con el mismo que se pueda producir.

En el ámbito de la responsabilidad sanitaria, el parámetro que permite apreciar el grado de corrección de la actuación sanitaria a la que se imputa el daño viene determinado por el criterio de la *lex artis*. La teoría de la *lex artis ad hoc* en la actuación médica parte de considerar que la obligación del médico o de los servicios sanitarios es una obligación de medios en tanto que no es posible asegurar la salud en términos absolutos. De ahí que la Administración Sanitaria y sus agentes estén obligados a poner a disposición del usuario todos los medios disponibles que hagan posible la protección de la salud, protección que no siempre alcanza un diagnóstico cierto rápido, una curación sin secuelas o una atención sanitaria en un determinado tiempo y sin espera. El paciente tiene derecho a que se le dispense una atención adecuada, según la *lex artis ad hoc*, y no a obtener un resultado curativo determinado, toda vez que la medicina no es una ciencia exacta; la *lex artis ad hoc* abarca no sólo intervenciones quirúrgicas, sino también tratamientos no quirúrgicos y de diagnóstico.

Por tanto, según el criterio de la *lex artis ad hoc*, sólo existirá responsabilidad cuando se infrinjan los parámetros que constituyen dicho criterio, estando, pues, en relación con el elemento de la antijuridicidad, de modo que existe obligación de soportar el daño -por no ser éste antijurídico- cuando la conducta del médico que ha tratado al paciente ha sido adecuada a la *lex artis*, mientras que, en caso contrario, cuando la actuación del médico ha sido contraria a la *lex artis*, la obligación de reparar recae sobre la Administración.



Quiere con ello decirse que incluso en aquellos supuestos en los que pudiera producirse un error de diagnóstico, de tal circunstancia no cabe derivar automáticamente la responsabilidad patrimonial de la Administración, toda vez que pueden producirse situaciones en las que, la evolución silente de la dolencia u otras circunstancias, hayan impedido acertar con el diagnóstico, a pesar de la correcta actuación seguida a tal fin por los servicios sanitarios.

Finalmente, debe mencionarse la reiterada jurisprudencia (por todas, Sentencias de 20 de diciembre, 20 de marzo y 7 de marzo de 2007 y de 16 de marzo de 2005), según la cual "a la Administración no es exigible nada más que la aplicación de las técnicas sanitarias en función del conocimiento de la práctica médica, sin que pueda sostenerse una responsabilidad basada en la simple producción del daño, puesto que en definitiva lo que se sanciona en materia de responsabilidad sanitaria es una indebida aplicación de medios para la obtención del resultado, que en ningún caso puede exigirse que sea absolutamente beneficioso para el paciente, lo que resulta especialmente relevante a los efectos de la cuestión debatida".

**5ª.-** En cuanto al fondo del asunto, el reclamante alega que se ha producido un inexplicable retraso en la realización de la intervención quirúrgica por el desprendimiento de retina y que ha existido una mala actuación de los facultativos durante el tratamiento.

De acuerdo con la documentación obrante en el expediente, los hechos por los que se reclama se desarrollaron de la siguiente manera:

El reclamante, a la sazón de 53 años de edad, acudió el 14 de junio de 2003, a las 21:07 horas, a Urgencias del Hospital hhhh1 de xxxx1, refiriendo que, tras recibir un golpe con una piedra en el ojo izquierdo, había perdido visión en ese ojo y solo veía claridad. En la exploración, la oftalmólogo de guardia apreció la existencia de una perforación ocular, con hiperemia conjuntival, hipema (presencia de sangre en cámara anterior) y orificio en el iris. Fue diagnosticado de prolapso de iris por traumatismo perforante. Con carácter urgente, se realizó una radiografía simple y una TAC de la órbita izquierda, que demostró la existencia de un cuerpo extraño intraocular de carácter metálico.

Fue intervenido quirúrgicamente de urgencia, procediendo a la reposición del iris, lavado y aspiración de sangre en cámara anterior y sutura de



perforación corneal, anotándose que quedaba pendiente realizar la vitrectomía por cuerpo extraño intraocular. Sobre las 3:30 horas de la noche, el paciente fue trasladado a la planta de Oftalmología donde quedó ingresado.

El 16 de junio fue intervenido de nuevo, realizándose la extracción del cuerpo extraño intraocular mediante electroimán y suturando la córnea. En el acto quirúrgico se constató la existencia de abundante sangrado en la cámara anterior del ojo, rotura del iris, perforación del cristalino, y catarata traumática. La evolución postoperatoria fue favorable y, según consta en la historia clínica, se informó al paciente que la cirugía de catarata se realizaría más adelante. Durante los días posteriores, las observaciones reflejadas en la historia clínica no señalan ninguna complicación significativa en el proceso evolutivo. El día 19 se hizo constar la existencia de una catarata completa.

Fue dado de alta el 27 de junio con una agudeza visual de "bultos" y un Tyndall de (+), indicándole revisión a los 10 días.

El 8 de julio acudió a consulta externa, donde se apreció una evolución favorable del ojo, se constató de nuevo la catarata completa y se solicitó ecografía ocular preferente para saber el estado de la retina.

En la ecografía realizada el 14 de agosto se evidenció la presencia de una catarata traumática en el ojo izquierdo (opacidad del cristalino), así como de imágenes sugestivas de hemorragia vítrea y desprendimiento de retina en ese ojo. Esa prueba fue valorada en consulta de Oftalmología el 25 de agosto, fecha en la que el paciente se encontraba asintomático, salvo el déficit visual referido.

El 30 de septiembre acudió a consulta y se programó la intervención quirúrgica de la catarata de forma preferente, sin inclusión en lista de espera ordinaria.

El 7 de noviembre fue sometido a cirugía ambulatoria de la catarata traumática, realizándose una facoemulsificación con implantación de lente intraocular. En el informe quirúrgico obrante en la historia clínica consta "cirugía difícil", "corectopia" (pupila irregular) y "roturas capsulares previas", que determinó que la intervención fuera complicada y de gran dificultad por la situación global del ojo. La evolución posterior fue favorable y el 3 de diciembre



se le comentó el enfermo la posibilidad de programación quirúrgica del desprendimiento de retina.

En la consulta del 27 de enero se comprobó un Tyndall de (++) y una agudeza visual de "1" en ojo derecho y "bultos" en ojo izquierdo. Se programó la cirugía del desprendimiento de retina y se le explicaron al paciente los riesgos de la vitrectomía y las escasas posibilidades de recuperación de la agudeza visual.

El 27 de febrero fue intervenido quirúrgicamente el desprendimiento de retina, mediante la técnica de vitrectomía con intercambio de gas intraocular. El postoperatorio evoluciona satisfactoriamente. Fue dado de alta hospitalaria el 5 de marzo, con retina reaplicada y tensión ocular de 22 mm/Hg, pautándose tratamiento médico hipotensor (Trusopt), e indicándole revisión para el día 8 de marzo.

Acudió a consulta externa el 18 de marzo y el 26 de abril. Este último día presentaba una agudeza visual en el ojo izquierdo de 0,05 a un metro, con corrección con gafa de -6 D de esfera, el fondo de ojo presentaba retina reaplicada (pegada en su sitio) con palidez papilar, y la tensión ocular era de 18 mm/Hg. Se le indicó revisión para septiembre u octubre de ese año, si bien no consta ninguna revisión en el Hospital hasta el 30 de noviembre de 2005.

No obstante, el 6 de agosto de 2004 acudió a un centro privado de oftalmología (Instituto Salmantino de Oftalmología). No constan los síntomas que refirió en dicha consulta, puesto que ni se exponen en la reclamación ni se recogen en el informe médico aportado. En éste figura que "el paciente acude a consulta por desprendimiento de retina en ojo izquierdo, recidivante". En el informe del 6 de agosto, se refleja que la agudeza visual en el ojo izquierdo era de 0,0025 sin corrección y la tensión ocular de 4 mm/Hg. El 12 de agosto fue intervenido quirúrgicamente en dicho centro del desprendimiento de retina, mediante la técnica de vitrectomía posterior con intercambio de aceite de silicona, consiguiendo de nuevo la reaplicación retiniana. El 16 de diciembre de 2004 se extrajo el aceite de silicona. En el informe del centro de 18 de abril de 2005, se indica que el paciente presentaba en el ojo izquierdo una agudeza visual de 0,0025 sin corrección, la retina aplicada y una tensión ocular de 19 mm/Hg. El 21 de noviembre de 2005 el paciente "presenta una completa





reaplicación retiniana en ojo izquierdo, si bien presenta una agudeza visual de 0,04 en dicho ojo" (según el informe del oftalmólogo privado).

El 30 de noviembre de 2005 fue atendido en la consulta del Hospital hhhh1 de xxxx1. En esa fecha presentaba en el ojo izquierdo una situación ocular y visual similar a la del 26 de abril de 2004 (0,05 a un metro con corrección con -6 D de esfera, fondo de ojo con retina aplicada, palidez papilar, y tensión ocular de 16 mm/Hg).

Sobre la base de estos hechos, la parte reclamante considera que la intervención del desprendimiento de retina se ha demorado injustificadamente, y que el resultado de ésta no fue el esperado, lo que, junto al abandono y desidia en el control realizado tras la intervención, le obligó a acudir a un centro oftalmológico privado. Es preciso analizar separadamente cada una de estas alegaciones.

A) En primer lugar, considera que la intervención del desprendimiento de retina se ha demorado injustificadamente.

Esta aseveración es, sin embargo, desvirtuada por los diversos informes médicos aportados al expediente. Tanto el informe de la Inspección Médica como el dictamen médico afirman que la situación que presentaba el ojo tras el traumatismo sufrido era muy desfavorable (la agudeza visual era de "bultos"), lo que significaba un pronóstico muy sombrío respecto a la recuperación de la función visual, fuese cual fuese el tratamiento que se llevara a cabo. La propia Inspección expone que el 75-80% de los casos que presentan en esta fase una mala agudeza visual (inferior a 0,1) no logran mejorar la visión final. Y el 85% de los traumatismos oculares que cursan con hemorragia vítrea o desprendimiento de retina (como presentaba el reclamante) acaban con visión inferior a 0,1.

La Inspección Médica señala que las sucesivas intervenciones se fueron realizando cuando la situación del ojo lo permitía, de forma programada y preferente. Y se efectuaron según el orden que exigía la patología: primero la extracción del cuerpo extraño intraocular, después la catarata, y por último, cuando el fondo de ojo era visible, el desprendimiento de retina. Y ello porque, antes de poder tratar el desprendimiento de retina, era preciso esperar a la recuperación de la estabilidad en la situación traumática inicial del ojo y



después había que intervenir la catarata producida. Concluye indicando que el resultado hubiera sido el mismo aunque la intervención se hubiera realizado antes, puesto que “la intervención del desprendimiento de retina, una vez pasadas las dos o tres primeras semanas de producido éste, prácticamente es ineficaz para la recuperación de la agudeza visual”.

El dictamen médico corrobora esta afirmación al exponer que “la catarata y el desprendimiento de retina que desarrolló el paciente no pueden tratarse de manera similar al resto de los casos `habituales` de cataratas y desprendimiento de retina, no solamente porque el pronóstico visual en este caso era muy malo, a pesar de realizar las cirugías correspondientes y [de] que éstas fueran exitosas, sino porque además el paciente presentó, en las primeras semanas tras el traumatismo, otras afectaciones oculares (severa inflamación de la cámara anterior del ojo, además de la herida perforante corneal causada por el cuerpo extraño) que no aconsejaban realizar otras cirugías de manera inmediata”. Añade que, según el informe de la oftalmóloga, el tratamiento seguido tras el traumatismo perforante tenía por finalidad mantener el ojo del paciente, en lugar de extraerlo y colocar una prótesis, pero que no existían esperanzas de recuperar la visión. Por ello, considera que en este caso “el diferir algunos meses la cirugía de catarata y de desprendimiento de retina (las cuales, por otra parte, se realizaron sin incidencias) no se puede considerar una mala praxis, sino una actitud sensata, dado que el haber realizado dichas cirugías de manera precoz habría aumentado el riesgo de complicaciones, existiendo muy pocas posibilidades de que ocurriese algún tipo de recuperación visual (pocos beneficios)”.

Ambos informes manifiestan que todas las intervenciones practicadas en el ojo (la primera de urgencia para limpiar y suturar la herida, la de extracción del cuerpo extraño, la de la catarata y la del desprendimiento de retina) fueron realizadas con éxito, consiguiendo el objetivo que se pretendía en cada una de ellas y sin complicación alguna.

Concluyen, por tanto, afirmando que los facultativos actuaron conforme a la *lex artis* propia de cada momento y proceso patológico.

B) En segundo lugar, el reclamante alega que el resultado de la operación no fue el esperado, por lo que, concurriendo además -según afirma-



abandono y desidia en el control y seguimiento postoperatorio, tuvo que acudir a un centro oftalmológico privado.

Los informes médicos afirman que la intervención se realizó de forma correcta y sin complicaciones y su resultado inicial fue exitoso, al conseguirse el objetivo que se pretendía, que era la reaplicación retiniana completa. También exponen que la aparición de una recidiva no significa el fracaso de la intervención previa, ni tampoco que se haya producido negligencia o mala praxis, puesto que está aceptada en toda la literatura médica la existencia de un porcentaje de casos (hasta un 32% según algunos autores) en los que ocurren desprendimientos de retina recidivantes después de haber realizado una primera intervención inicialmente exitosa (con retina reaplicada).

Por otra parte, la situación de abandono y desidia denunciada tampoco puede encontrar favorable acogida, a la luz de la historia clínica. El paciente fue atendido inicialmente en el Servicio de Urgencias, y en numerosas ocasiones en la consulta de Oftalmología tanto antes como después de la intervención quirúrgica del desprendimiento de retina y hasta abril de 2004, programándose en esa fecha una revisión seis meses después (octubre o noviembre de 2004), si bien no fue citado hasta noviembre de 2005.

Dicha revisión semestral se indicó cuando el cuadro clínico ya se había estabilizado tras las cirugías realizadas y tenía por objeto valorar la evolución del paciente en octubre o noviembre de 2004. Ello no impedía que si el paciente, durante ese ínterin, presentaba molestias o complicaciones, acudiera al Servicio de Urgencias. Sin embargo, en lugar de acudir a la sanidad pública, optó por ser atendido en una clínica privada incluso después de ser diagnosticado del nuevo desprendimiento de retina.

En cualquier caso, según los informes médicos, la actuación quirúrgica del oftalmólogo privado sobre la recidiva del desprendimiento retiniano se hubiera podido realizar en la sanidad pública si el reclamante hubiera acudido a ella a través del Servicio de Urgencias o solicitando consulta ordinaria. Dicha intervención tenía el mismo objetivo que la primera operación: lograr la reaplicación de la retina para evitar una expansión del desprendimiento y una pérdida total funcional del ojo, pero no una recuperación de la agudeza visual, ya que ésta era casi imposible después de cierto tiempo de producirse la lesión.



En particular, los informes médicos llaman la atención sobre la alegación de que, ante los intensos dolores que padecía el reclamante, no tuvo más remedio que acudir a la sanidad privada. Y ello porque los desprendimientos de retina son indoloros y solamente causan disminución de la visión, que en este caso además era poco llamativa ya que el ojo afectado tenía muy poca visión en cualquier caso. Lo que desvirtúa los argumentos del paciente.

Por ello, puede considerarse que no hubo desatención por parte de los facultativos y que la decisión del paciente de acudir a un centro privado fue voluntaria, ya que no concurría circunstancia alguna o urgencia que lo hiciera necesario. Además, tampoco agotó las posibilidades del sistema público al no acudir a él ni siquiera cuando fue diagnosticado de un re-desprendimiento de retina en la sanidad privada.

En relación con el retraso de más de un año en citarle para la revisión, la Inspección Médica considera que “este retraso, aunque pueda ser excesivo, tampoco significaría un perjuicio o un factor en la evolución de la situación funcional del ojo, ya que la agudeza visual que presentaba de 0,05 era prácticamente irrecuperable, como se demostró a pesar de la intervención de un oftalmólogo privado, y como se la había informado previamente en varias ocasiones al enfermo y su familia”.

Finalmente, ambos informes concluyen que la actuación médica fue adecuada y que la secuela que padece el reclamante (pérdida de visión en el ojo izquierdo) es consecuencia únicamente del traumatismo severo que sufrió el reclamante -lo que le ocasionó severas lesiones en el ojo con un pronóstico muy desfavorable-, sin que pueda achacarse a la atención sanitaria prestada o a un retraso en el tratamiento recibido. Y el dictamen médico señala que “el hecho de que el paciente conserve su ojo y no haya tenido que sufrir la extracción de este órgano para sustituirlo por una prótesis, se debe al tratamiento que recibió por parte de la sanidad pública, que realizó el tratamiento urgente mediante reposición del iris y lavado del sangrado en cámara anterior, y el posterior tratamiento mediante extracción del cuerpo extraño, cirugía de catarata y cirugía de desprendimiento de retina”.

Estas afirmaciones no han sido desvirtuadas por las alegaciones de la parte reclamante, que cuestiona la asistencia médica practicada y con ello la observancia de la *lex artis*, puesto que no han sido avaladas por informe



alguno, y ceden, por tanto, frente a la rotundidad con que las opiniones técnicas señaladas dictaminan a favor de la corrección del tratamiento dispensado en todo momento al paciente, juicios que tienen, además, la garantía de haber sido emitidos por profesionales médicos.

A la luz de todo lo expuesto, y teniendo en cuenta los datos y las consideraciones recogidos en los informes obrantes en el expediente, no ha quedado acreditado que existiera una actuación inadecuada en la asistencia sanitaria, y puede concluirse que los profesionales médicos actuaron en todo caso conforme a la *lex artis ad hoc*, prestando al paciente una asistencia médica correcta. Por lo que procede desestimar la reclamación planteada.

### **III CONCLUSIONES**

En mérito a lo expuesto, el Consejo Consultivo de Castilla y León informa:

Procede dictar resolución desestimatoria en el expediente de responsabilidad patrimonial iniciado como consecuencia de la reclamación presentada por Dña. yyyyy, en nombre y representación de D. xxxxx, debido a los daños y perjuicios derivados de la asistencia sanitaria que le fue prestada a éste en el Hospital hhhh1 de xxxx1.

No obstante, V.E. resolverá lo que estime más acertado.